

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0126/2130 APPLICATION DATE : 05.01.2026
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SWARNALATA GHOSH AGE-YEARS आयु-वर्ष 64 SEX लिंग F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SHIBUPADA GHOSH
पिता/सहस्रकर्म का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
UTTAR GULAI CHANDI, PASCHIM HADHYAMPUR,
NORTH 24 PARGANAS - 743429, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSEWIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 1000 x 12 = 12,000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. क्या है याता संलग्न ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आय कर आय कर राजा है (को मूल्य है इस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	SWARNALATA GHOSH	64	F	SELF
2.	RUPA GHOSH	23	F	DAUGHTER
4.	SOMA GHOSH	20	F	DAUGHTER
5.	JHUMA GHOSH	17	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached
अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	1. DIAGNOSIS = CATARACT(RE)
	2. SURGERY(RE) = SICSTTOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसी गरीब सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करना)

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी आवेदनपत्र निरस्त हो या रद्द हो सकता है।
- 2) मैं प्रतिबद्धतापूर्वक घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता केवल उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए ही प्रयोग की जायेगी, जो इस प्रारूप में पंजीकृत है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में कभी भी, अपने उद्देश्य के पूर्णतः अथवा आंशिक रूप से, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम ले और न ही रकम के लिए

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे के निशान लगाकर, मैं (आवेदक) कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" एवम् न्यासीयों, दूर, वाचनात्मक दूर, इत्यादि के माध्यम से प्रसारित करने के लिए प्रयोग कर सकें। इस प्रयोग के माध्यम से मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे के निशान लगाकर, मैं (आवेदक) कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" एवम् न्यासीयों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Signature of Applicant

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation, if the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा कोशिका फाउंडेशन को सिफारिश करने वाले अधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर से, हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अनुरोध कर रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अनुरोध किया है, यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा वित्तीय सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्राप्ति के अभाव में हम स्वीकार करते हैं कि अन्य स्रोतों से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी वित्तीय सहायता प्राप्त की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव और प्रक्रिया का चयन रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमारे हस्ताक्षर से रोगी को उपचार सुरक्षित और अपने स्वयं के हितों के लिए ही प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
05-01-2026

Signature of M.B.B.S. A.S. (131)
M.B.B.S. A.S. (131)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Signature of Optom. Avhijit Das
Optom. Avhijit Das
Senior Program Officer
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
रोगी व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Signature of Trustee 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Signature of Trustee 2